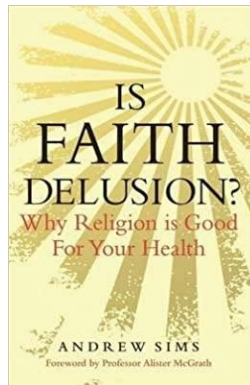


Is Faith Delusion?



by Andrew Sims (Author)

Product details

- Publisher : Continuum; 1st edition (May 9, 2009)
- Language : English
- Paperback : 252 pages
- ISBN-10 : 1847063403
- ISBN-13 : 978-1847063403

Is Faith Delusion?

Professor Andrew Sims

Er wordt beweerd dat God een waanidee is. Ik wil die bewering onderzoeken vanuit het standpunt van de psychopathologie. *Waan* is nu een psychiatrisch woord geworden. Hoewel het woord waan vroeger kon verwijzen naar voor de gek houden of bedrogen worden ¹maar in het moderne spraakgebruik impliceert het *altijd* een vermoeden van een psychiatrische ziekte. Het is toegeëigend door de psychiatrie en impliceert steevast een psychiatrische diagnose. Als ik misleid ben, dan ben ik noodzakelijkerwijs geestesziek. In het Engelse recht is *waan* de laatste 200 jaar *het* belangrijkste kenmerk van krankzinnigheid geweest. ² Het is een verzachtende omstandigheid en kan leiden tot verminderde verantwoordelijkheid. Het valt daarom binnen onze professionele bevoegdheid als psychiaters om te zeggen wat wel en wat niet een waanvoorstelling is.

Ik heb de euvele moed gehad dit te betitelen als "Is geloof een waanidee?", alsof ik die vraag voor alle godsdiensten zou kunnen beantwoorden en dus alle godsdiensten en filosofieën zou kennen. Dat is natuurlijk niet zo, maar er is wel een dilemma; degene die objectief kan zeggen: "religie is, of zegt...", plaatst zichzelf daarmee buiten de religie, en alle religie, elk geloof, kan alleen van binnenuit echt gekend worden. Ik hoop daarom dat het nadeel van het niet kunnen spreken voor alle religies niet opweegt tegen het goed kennen van de subjectieve ervaring van één type gelovige.

Zijn alle mensen met een religieus geloof a priori geestesziek? Sigmund Freud stelde in "Mozes en Monotheïsme" dat het geloof in één God *waanvoorstellingen* zijn. ³ Zijn tijdgenoot, William James, was iets voorzichtiger en vond dat spirituele en psychotische ervaringen in grote lijnen te onderscheiden waren ⁴.

In dit artikel wil ik de vraag van mijn titel beantwoorden vanuit het standpunt van de beschrijvende pathologie. Vervolgens zal ik bespreken welke andere psychiatrische symptomen of syndromen gebruikt zouden kunnen worden om de aanwezigheid van religieus geloof te verklaren. Als geloof geen bewijs is van een Axis I psychiatrische stoornis ⁵is het dan een kenmerk van een persoonlijkheidsstoornis of afwijking? Tenslotte wil ik bespreken wat religieus geloof fenomenologisch is.

¹ Oxford Engels Woordenboek

² West DJ & Walk A (1977) *Daniel McNaughton: His Trial and the Aftermath*. Ashford: Headley Brothers.

³ **Freud S** (1937-9) *Mozes en Monotheïsme, Een schets van de psycho-analyse en andere werken*. Deel XXIII in The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Ed Strachey J. Londen: Hogarth Press.

⁴ **James, W.** (1997[1902]) *The Varieties of Religious Experience: A Study in Human Nature*. New York: Simon & Schuster.

⁵ **American Psychiatric Association** (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*, DSM IV. Washington: American Psychiatric Association.

De psychopathologie van de waan

Om de vraag van mijn titel te beantwoorden, zal ik kort ingaan op de beschrijvende psychopathologie van de waan en vervolgens nagaan hoe geloof, of religieus geloof, in deze fenomenologie past. Hoe bepalen psychiaters of iets waan is of niet? De studie van de individuele *persoonlijke ervaring* is fundamenteel voor de psychiatrie. *Beschrijvende psychopathologie* is het nauwkeurig beschrijven en categoriseren van abnormale ervaringen zoals de patiënt die vertelt en in zijn gedrag waarneemt.⁶ Er zijn twee componenten: zorgvuldige en geïnformeerde *observatie* van de patiënt, en *fenomenologie*, wat volgens Karl Jaspers de studie van de subjectieve ervaring inhoudt.⁷ De beschrijvende psychopatholoog probeert te horen wat de patiënt zegt zonder enige theoretische, literaire of artistieke glans van interpretatie, en zonder de mechanistische verklaringen van de wetenschap die oneigenlijk worden gebruikt.

Om tot begrip te komen gebruikt de fenomenologie *empathie* als een nauwkeurig klinisch instrument. In Jaspers' gebruik staat *begrijpen* tegenover *verklaren*. Begrijpen, in deze zin, impliceert het gebruik van empathie, subjectieve evaluatie van de ervaring door de "verstaander" met behulp van zijn of haar eigen waarnemingskwaliteiten als mens: *het gevoel van binnenuit*. Verklaring is het normale werk van de natuurwetenschap waarbij de verschijnselen van buitenaf worden waargenomen en objectief worden beoordeeld. Beide zijn vereist voor de praktiserende arts, maar terwijl de methode van observatie in de wetenschap zorgvuldig en uitvoerig wordt onderwezen, wordt het onderwijzen van de methode van empathie om subjectief begrip te geven vaak verwaarloosd.⁸ Waan is, in de woorden van Jaspers, uiteindelijk onbegrijpelijk, dat wil zeggen dat zelfs wanneer men zich in de positie van die persoon verplaatst en de wereld vanuit zijn gezichtspunt bekijkt, men nog steeds niet kan begrijpen hoe men *die overtuiging* met waanzinnige intensiteit kan aanhangen.⁹

Psychopathologie; het onderscheid tussen vorm en inhoud

De patiënt houdt zich alleen bezig met de *inhoud* van een ervaring: "de verpleegsters stelen mijn geld", terwijl de arts zich zowel met de vorm als met de inhoud moet bezighouden: Is de overtuiging van mijn patiënt dat mensen van haar stelen een feit, een verkeerde interpretatie, een waanvoorstelling of een andere vorm? *De inhoud* weerspiegelt de voornaamste zorgen van de patiënt, bijvoorbeeld iemand wiens leven in het teken staat van geld en die bang is voor armoede, kan geloven dat hij wordt bestolen. De *vorm* geeft het soort afwijking van de psychische ervaring aan, en dit leidt tot de diagnose. Het *maakt* dus uit of deze overtuiging van de patiënt een waanvoorstelling is of niet.

Een man geloofde dat hij "in oorlog was met de Boze", dat iedereen die hij ontmoette ofwel een vriend ofwel een vijand was, en dat duivels over hem spraken, hem beschimpten en zijn denken becommentarieerden. De fenomenologische vorm

⁶ **Sims A** (2003) Symptomen in de geest: An Introduction to Descriptive Psychopathology. 3rd Edition, Edinburgh: Saunders.

⁷ **Jaspers K** (1959) *General Psychopathology*, 7th Edn (vert. Hoenig J en Hamilton MW, 1963). Manchester: Manchester University Press.

⁸ **Sims A C P** (1992) Symptomen en overtuigingen. *Journal of the Royal Society of Health*, 112, 1, 42-

46.

⁹ **Jaspers K** (1959) *Algemene psychopathologie*, blz. 305-7. (vertaald Hoenig J & Hamilton MW, 1963). Manchester: Manchester University Press.

categoriseert de subjectieve ervaring en onthult de psychiatrische diagnose; in dit geval was de vorm zowel een waan als een auditieve hallucinatie in de derde persoon *die zijn eigen gedachten hardop zegt*. Dit laatste zou worden beschouwd als een "eerste klas symptoom van schizofrenie".¹⁰ De inhoud wordt gedicteerd door zijn culturele context, in zijn geval religieus. Hij gelooft in een voortdurend conflict met een persoonlijke kracht van het kwaad, en dat deze strijd het hele leven beïnvloedt; uiteraard zou deze inhoud door veel christenen worden gedeeld. De vorm onthult dus de aard van de ziekte, terwijl de inhoud voortvloeit uit de sociale en culturele achtergrond. Alleen de bestudering van de vorm kan uitwijzen of een symptoom, zoals waan, al dan niet aanwezig is, en dit kan worden onderzocht door na te gaan hoe het begrip door deze persoon wordt ervaren.

Definitie van waan

*Een waan is een vals, onwrikbaar idee of geloof, dat niet strookt met de opleidings-, culturele en sociale achtergrond van de patiënt; het wordt met buitengewone overtuiging en subjectieve zekerheid aangehangen.*¹¹ In de praktijk komt de definitie neer op het opleggen door de arts van zijn interpretatie van het subjectieve symptoom van de patiënt en is zij tamelijk onbevredigend. Waan wordt eerder ervaren als een gewone *notie* of *veronderstelling* dan als een *overtuiging*, bijvoorbeeld "ik geloof dat Susie het champagneglas heeft gebroken", niet "ik geloof..." als een geloofsuitspraak.

Een waanidee wordt vastgehouden op *grond van waanideeën*. Een man wist met absolute zekerheid dat zijn vrouw hem ontrouw was. Vervolgens bleek dat zij hem op dat moment ontrouw was. Maar het blijft een waanidee, want de reden voor zijn zekerheid was: "Toen ik uit het huis kwam en de vijfde lantaarnpaal rechts passeerde, was die uitgegaan. Toen wist ik met zekerheid dat zij ontrouw was. Technisch gezien zou dit beschreven kunnen worden als een waanvoorstelling: een normale waarneming (het licht was uit) met een waanvoorstelling (dat betekent zeker dat zij ontrouw is).

Waanvoorstellingen worden gehouden zonder inzicht

Als iemand zich afvraagt of hij een waanvoorstelling heeft of niet, is dat vrijwel zeker niet het geval. Een christelijke collega zei na een lange stilte: "Ik veronderstel dat het verschil tussen waan en geloof is dat waan zonder enige twijfel wordt aangehangen, maar dat religieus geloof wordt aangehangen met enige twijfel, of tenminste met het besef dat anderen zouden kunnen twijfelen. Dit doet denken aan de vader van de epileptische jongen die door Jezus werd genezen: "Ik geloof; help me mijn ongeloof te overwinnen!".¹² Terwijl waanideeën voor de begoochelde een rots als zekerheid afdwingen, hebben gelovigen slechts een minieme hoeveelheid geloof nodig - zoals een mosterdzaadje - als basis voor hun geloof.¹³

¹⁰ **Schneider K** (1957) Primaire en secundaire symptomen bij schizofrenie. *Fortschrift für Neurologie und Psychiatrie*, 25, 487-490, vertaald door Marshall H, in **Hirsch S & Shepherd M** (1974) *Themes and Variations in European Psychiatry: Een bloemlezing*, Bristol: John Wright & Sons.

¹¹ **Sims A** (2003) *Symptomen in de geest: Een inleiding tot de beschrijvende psychopathologie*. 3rd Edition, Edinburgh: Saunders.

¹² **Marcus 9: 24**. Heilige Bijbel, Nieuwe Internationale Versie. Londen: Hodder & Stoughton.

¹³ **Lucas 17: 6** Heilige Bijbel, Nieuwe Internationale Versie. Londen: Hodder & Stoughton.

Concreet denken

Mensen met religieuze overtuigingen accepteren dat sommige van hun uitingen spiritueel zijn en niet letterlijk moeten worden uitgevoerd, bijvoorbeeld "je hart aan de Heer Jezus geven". Bij sommige ernstige geestesziekten is er sprake van abnormale denkprocessen die leiden tot een letterlijke uitdrukking en begrip. Abstracties en symbolen worden oppervlakkig geïnterpreteerd zonder tact, finesse of enig besef van nuance: de patiënt is niet in staat zich los te maken van wat de woorden letterlijk betekenen, met uitsluiting van de meer abstracte ideeën die ook worden overgebracht. Deze afwijking wordt omschreven als *concreet denken* en wanen zijn *concreet*. Ik heb patiënten gekend die het Bijbelse gebod "als uw oog ... uw hand ... beledigt ... hak het af" letterlijk, dat wil zeggen concreet, interpreteerden. Concreetheid is nuttig bij het maken van het psychopathologische onderscheid tussen het gestoorde denken van de patiënt met schizofrenie en de beschrijving van interne ervaringen van iemand met sterke religieuze overtuigingen.¹⁴

Het samenvatten van de waan

Is geloof een waanidee? Hoewel de inhoud van waanideeën niet zelden religieus is, is geloof op zichzelf geen waanidee. Dit geldt zelfs voor minderheids- en maatschappelijk afgekeurde geloven. Bij sommige sektes kunnen abnormale psychologische processen vaak voorkomen, maar dit zijn geen waanideeën om de volgende redenen:

1. Zij voldoen niet aan de criteria voor definitie van waan - het is niet "*niet in overeenstemming met de culturele en sociale achtergrond van de patiënt*".
2. Ze worden niet vastgehouden op grond van aantoonbare waanideeën.
3. Religieuze overtuigingen zijn spiritueel, abstract, niet concreet - 'God in mij' wordt niet ervaren als een tastbare sensatie.
4. Religieuze overtuigingen worden met inzicht aangehangen - men begrijpt dat anderen hun overtuigingen misschien niet delen.
5. Voor religieuze mensen komen bizarre gedachten en handelingen niet voor op andere gebieden van het leven, die niet met religie te maken hebben.
6. Religieuze ideeën en overwegend denken is een beschrijving van de inhoud. Religieuze wanen komen voor bij iemand wiens overheersende denken religieus is. *Het geloof maakt* deel uit van hun persoonlijkheid; *de waanbeelden komen* voort uit een psychiatrische stoornis. Iemand met een religieus geloof kan een waan hebben, maar alleen als hij tegelijkertijd een psychiatrische aandoening heeft.

Kunnen andere psychiatrische symptomen de aanwezigheid van religieuze overtuiging verklaren?

Als religieus geloof geen waanvoorstelling is, is het dan *per se* een uiting van een ander psychiatrisch symptoom of syndroom? De volgende zijn kanshebbers voor die eer:

1. Gedeelde of doorgegeven waanvoorstellingen
2. Overgewaardeerd idee
3. Culturele gedeelde overtuiging

¹⁴ **Sims A** (2003) *Symptomen in de geest: Een inleiding tot de beschrijvende psychopathologie*. 3rd Editie, Edinburgh: Saunders.

4. Paranoïde idee van referentie
5. Abnormale stemming - Angststoornis
Affectieve stoornis - depressie of
opgetogenheid Depersonalisatie
6. Pathologische waarneming -Hallucinatie - "het horen" van de stem van
God.
7. Stoornis van de wil -locus van controle.

Gedeelde en gecommuniceerde waan

Deze aandoening wordt in de internationale classificatie aangeduid *als een waanvoorstelling...*¹⁵. Hiervan is sprake wanneer een waanidee door twee of meer personen wordt gedeeld; vroeger heette dit folie à deux, à trois enz. Het lijkt niet op een religieus geloof. In een gevalsbeschrijving van folie à quatre geloofde de patiënt die aanvankelijk werd gezien, dat een groot industrieel bedrijf af luisterapparatuur in de muren van het huis van zijn broer had aangebracht.¹⁶ Hij beweerde dat werknemers van het bedrijf hem overal volgden en zich met zijn eigen huis bemoeiden. Zijn vrouw, de hoofdpersoon die "gecommuniceerde waan" vertoonde, geloofde dit verhaal aanvankelijk en leverde zogenaamd bevestigend bewijs. Een jaar later, na zijn intramurale behandeling, accepteerde ze het complot niet meer en geloofde ze dat haar man geestesziek was. Zij was een zeer angstig persoon. Toen de broer van de patiënt thuis werd bezocht, bleek dat hij, en de zus die bij hem woonde, beiden in het complot geloofden en beiden momenteel onder behandeling waren voor een schizofrene ziekte.

Overgewaardeerd idee

Dit is een eenzame, abnormale overtuiging die geen waanvoorstelling of obsessie is, maar die het leven van de lijder zozeer in beslag neemt dat het erdoor wordt beheerst.¹⁷ Het wordt meestal in verband gebracht met een abnormale persoonlijkheid. Een zeer abnormale religieuze overtuiging kan soms worden beschouwd als een overgewaardeerd idee. Bijvoorbeeld, een persoon ontheiligde herhaaldelijk kerken omdat hij geloofde dat ze beelden vertoonden die hij afkeurde.

Culturele gedeelde overtuiging

Het was moeilijk om verpleegkundigen te werven voor het psychiatrisch ziekenhuis in Lusaka, Zambia, omdat de meeste verpleegkundigen in opleiding de overtuiging deelden dat je geestesziekten kunt "oplopen" bij de patiënten. Het is duidelijk dat overtuigingen van leden van een religieuze minderheid ook in deze categorie passen. De DSM IV stelt echter dat een waanidee "geen religieus geloofsartikel is".¹⁸

Paranoïde idee van zelf-referentie

Een arts uit het Midden-Oosten behoorde tot een kleine, vervolgte christelijke groep. Hij kwam, na thuis gemarteld te zijn, als vluchteling naar

¹⁵ Wereldgezondheidsorganisatie (1992) *De ICD-10 classificatie van mentale en gedragsstoornissen*, blz. 104. Genève: Wereldgezondheidsorganisatie.

¹⁶ Sims ACP, Salmons PH & Humphreys P (1977) Folie à quatre. *British Journal of Psychiatry* 130: 134-8.

¹⁷ McKenna PJ (1984) Stoornissen met overgewaardeerde ideeën. *British Journal of Psychiatry* 145,

579-85.

¹⁸**American Psychiatric Association** (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th Edn, blz. 765. Washington DC: American Psychiatric Association.

Engeland. Hij leerde Engels en herkwalficeerde zich. Hij zei dat een van zijn leraren hem had beschreven als "anti-Christ" en bij een andere gelegenheid dacht hij dat een Jehova's Getuige die hem thuis bezocht betrokken moest zijn bij een complot tegen hem persoonlijk omdat hij Arabisch sprak. De bedrijfsarts vroeg zich af of hij wel geschikt was om zijn beroep uit te oefenen en vroeg een psychiater om hem te onderzoeken. Zijn ideeën waren geen waanideeën, maar vanwege zijn eerdere ervaringen interpreteerde hij veel onschuldige omstandigheden als bedreigingen die tegen hem persoonlijk gericht waren.

Abnormale stemming

Het kan gaan om angststoornissen, affectieve stoornissen - hetzij depressie, hetzij opgetogenheid en depersonalisatie. *Veroorzaakt* religieus geloof bijvoorbeeld angst, depressie, manie, enzovoort? Dit onderwerp verdient nadere bespreking, maar in het kort kunnen we hier het onderscheid tussen vorm en inhoud toepassen. Een enthousiast lid van een actieve kerk die 3 of 4 keer per week andere kerkleden ontmoette, werd depressief; zij had prominente religieuze noties in haar depressieve symptomatologie. Een jonge monnik die manisch werd, zei dat God hem speciale krachten had gegeven om te weten wat mensen werkelijk dachten. Religie heeft geen depressie of manie *veroorzaakt*, maar wanneer de geestesziekte zich voordeed, was de inhoud religieus van aard. In het algemeen hebben mensen met een religieus geloof een betere afloop van psychiatrische stoornissen ¹⁹. Er is beweerd, hoewel niet gebaseerd op epidemiologische studies, dat er negatieve effecten zijn van religie op depressie wanneer de nadruk ligt op de erfzonde. ²⁰.

Pathologische perceptie

Dit is uitstekend behandeld door Dein... ²¹. We moeten professor Romme bedanken dat hij ons eraan herinnert dat het horen van stemmen niet noodzakelijk een geestesziekte impliceert, en zeker geen schizofrenie. ²². De profeten van het Oude Testament, Paulus en velen van ons spreken over "het horen van de stem van God". Beschrijven zij allen hallucinatie: waarneming zonder object? ²³ Nee, deze stem wordt niet ervaren als iets buiten zichzelf, noch als een gewaarwording die een ander zou kunnen horen. Vaak heeft het een 'alsof'-kwaliteit. Het subject beschrijft het als spiritueel, abstract en niet als concreet, fysiek.

Stoornis van de wil - verlies van controle

Heeft de persoon met een religieuze overtuiging zijn vermogen tot zelfstandig handelen verloren en gelooft hij dat hij volledig door God van bovenaf wordt bestuurd, als een marionet aan een touwtje? Er zijn aanwijzingen dat mensen met een geloof meer...

¹⁹ Koenig HG, McCullough ME & Larson DB (2001) *Handbook of Religion and Health*. Oxford University Press.

²⁰ Branden N (1994) *De zes pijlers van zelfrespect*. New York: Bantam.

²¹ Dein S (2008) De stem van God horen. *Nieuwsbrief van de Special Interest Group Spiritualiteit en Psychiatrie*.

²² Romme M & Escher S

²³ **Esquirol** JED (1817) Hallucinaties, herdrukt in *Des Maladies mentales* 1938. Parijs: Baillière.

waarschijnlijk *interne locus of control* ervaren, en dit is geassocieerd met beter functioneren ²⁴.

Wat ik heb beschreven zijn ongewone mentale toestanden, en sommige daarvan zijn pathologisch. Ze kunnen allemaal in verband worden gebracht met religieus geloof, maar dat is niet hetzelfde als beweren dat religie op zichzelf een psychiatrische stoornis *is* of *veroorzaakt*. Geloof is geen waanvoorstelling, noch veroorzaakt het uit zichzelf enige andere psychiatrische aandoening of symptoom. Ik heb alleen deze zeven verschijnselen bekeken: gedeelde of gecommuniceerde waan, overgewaardeerd idee, cultureel gedeeld geloof, paranoïde idee van referentie, abnormale gemoedstoestand van angst, depressie, opgetogenheid of depersonalisatie, pathologische waarneming, en stoornis van de wil. Wij hebben gezien hoe elk van deze zaken in verband kan worden gebracht met religieus geloof en religieuze praktijk bij een persoon voor wie geloof belangrijk is. Wij hebben geen *oorzakelijk verband* gevonden tussen religie en psychopathologie.

Persoonlijkheidsafwijking en -stoornis

Als we in de DSM IV het onderscheid maken tussen klinische stoornissen (As I) en persoonlijkheidsstoornissen (As II), is geloof dan geen klinische stoornis, maar een kenmerk van een persoonlijkheidsstoornis? Als geloof geen symptoom is van een formele psychiatrische stoornis, is het dan een bewijs van een gestoorde persoonlijkheid? Sommige psychiaters in het verleden suggereerden dat dit zo was, bijvoorbeeld Mayer Gross, Slater en Roth in de jaren 1960 stelden dat religie is voor "de weifelaars, de schuldigen, de buitensporig timide, degenen die geen duidelijke overtuigingen hebben waarmee ze het leven tegemoet kunnen treden". ²⁵.

In feite is de situatie zeer vergelijkbaar met die welke geldt voor geestesziekten en religie: de uiting en uitdrukking van religieuze overtuiging, zelfs de religieuze groep waartoe men behoort, wordt aanzienlijk beïnvloed door de persoonlijkheidsstructuur, maar het geloof zelf, of zelfs de persoon die dat geloof aanhangt, wordt niet veroorzaakt door of is geen kenmerk van een persoonlijkheidsafwijking of -stoornis.

Het geloof zelf, en dat een individu een geloof heeft, wordt niet *veroorzaakt* door persoonlijkheidsfactoren. Maar de manifestatie van het geloof, de subjectieve beleving van het geloof en het specifieke regime van de praktijk wordt wel sterk beïnvloed door de persoonlijkheid. Martinez, een Spaanse psychiater, heeft dit uitgewerkt aan de hand van de Jungiaanse persoonlijkheidstypologie, voor het gebed ²⁶. "Een van de mooiste dingen die we in Gods schepping aantreffen is verscheidenheid. De belangrijkste reden om te begrijpen hoe we zijn, ons temperament en onze persoonlijkheid, is niet om ons beter te voelen, maar om echte verbeteringen aan te brengen in onze relaties, zowel met God als met onze broeders en zusters.

Het zou de moeite waard zijn een hele conferentie te wijden aan de persoonlijkheid en haar stoornissen. Deze zes vragen zouden nuttig kunnen worden besproken:

²⁴ Jackson LE & Coursey RD (1988) The relationship of God control and internal locus of control to intrinsic religious motivation, coping and purpose in life. *Journal for the Scientific Study of Religion*

27, 399-410.

²⁵ **Mayer-Gross W, Slater E & Roth M** (1954, 1960 & 1969) *Clinical Psychiatry*. 1st, 2nd en 3rd Editions. Londen: Baillière, Tindall & Cassell.

²⁶ **Martinez P** (2001) *Prayer Life: How Your Personality Affects the Way You Pray*, blz. 3- 30, Milton Keynes: Spring Harvest Publishing.

1. Waarom vinden sommige mensen het geestelijk leven en het hele leven zo moeilijk, terwijl anderen erdoorheen schijnen te cruisen en alles gemakkelijk vinden?
2. Is de verdeling van persoonlijkheid en andere aangeboren gaven niet oneerlijk?
3. Definities van persoonlijkheid bevatten woorden als volhardend, langdurig. Hoe kunnen we een model voor persoonlijkheid hebben dat verandering mogelijk maakt?
4. Als wat we doen bepaald wordt door onze constitutie, een aangeboren neiging, waarom houden we mensen dan verantwoordelijk voor asociaal gedrag?
5. Hoe moeten we aanhoudende morele slechtheid classificeren - is het een psychiatrische aandoening?
6. Is er een essentiële discontinuïteit tussen degenen met een persoonlijkheidsstoornis en degenen met een "normale persoonlijkheid"?

Helaas moet dit intrigerende onderwerp verlaten worden. Individuele persoonlijkheid, persoonlijkheidsafwijking en persoonlijkheidsstoornis zijn duidelijk relevant voor spirituele ervaring, maar de relatie is complex. Het is nuttig zich bewust te zijn van persoonlijkheidskenmerken voor gelovigen en degenen met wie zij in contact komen. Het zal van invloed zijn op veel aspecten van hun religieuze overtuiging en praktijk. Het zou echter onzin zijn om deze belangrijke stelling op zijn kop te zetten en te beweren dat religieus geloof "niets anders is dan" de uitdrukking van een gestoorde persoonlijkheid.

Wij hebben onderzocht of geloof een psychiatrisch symptoom is of een bewijs van een gestoorde persoonlijkheid en zijn tot de conclusie gekomen dat dit niet het geval is. In feite is het epidemiologisch bewijs dat er een verband bestaat tussen religieus geloof en religieuze praktijk en een goede of betere geestelijke gezondheid. Het enorme Handbook of Religion and Health van Koenig e.a. geeft een overzicht van 1200 studies en 400 reviews en concludeert: "In de meeste studies is religieuze betrokkenheid gecorreleerd met welzijn, geluk en levenstevredenheid; hoop en optimisme; doel en betekenis in het leven; hoger gevoel van eigenwaarde; betere aanpassing aan verlies; meer sociale steun en minder eenzaamheid; minder depressies en sneller herstel van depressies; minder zelfmoord en minder positieve attitudes ten aanzien van zelfmoord; minder angst; minder psychoses en minder psychotische neigingen; minder alcohol- en drugsgebruik en -misbruik; minder delinquentie en criminele activiteiten; meer stabiliteit en tevredenheid in het huwelijk".

27.

Wat is geloof fenomenologisch gezien?

Ik heb mezelf hier een vraag gesteld die ik onmogelijk kan beantwoorden! Geloof is niet psychopathologisch; er is geen bewijs dat alle gelovigen geestelijk ziek zijn. Wat is de aard van de subjectieve ervaring? Die is duidelijk heel verschillend voor verschillende mensen op verschillende momenten.

Ik ga dit bekijken met de tunnelvisie van de psychiater en de oogkleppen van de beschrijvende psychopatholoog. Ik laat de rijke mystieke, artistieke en theologische literatuur over dit onderwerp buiten beschouwing. We zullen, heel prozaïsch, alleen kijken naar cognitieve, affectieve en

volatiele aspecten. Het woord *geloof* is natuurlijk cognitief. De religieuze cognities van veel gelovigen

²⁷ **Koenig HG, McCullough ME & Larson DB** (2001) *Handbook of Religion and Health*. Oxford University Press.

zijn vaak samengevat in geloofsverklaringen: Ik geloof in God..." Dit is prima om uniformiteit te creëren, maar in de praktijk zal iedereen de onopgesmukte woorden op zijn eigen manier interpreteren. Zij zullen ook, zonder verder na te denken, de uitsluitend cognitieve kant in verband brengen met affectieve en volitionele aspecten: "Mijn geloof in God geeft mij een gevoel van erbij te horen"; "Het geloof in God beïnvloedt wat ik doe, het geeft mij een gedragscode".

Elk aspect heeft implicaties voor *zelfervaring* en *relaties*. Door tegen mezelf, in mijn geest, de zin "Ik geloof in God" te zeggen, wordt vastgelegd en gedefinieerd wat ik over mezelf weet in termen van de vijf formele kenmerken van het zelf volgens Jaspers ²⁸ en Scharfetter ²⁹:

- 1 *Het gevoel van bewustzijn van zijn of bestaan*, "ik weet dat ik besta".
- 2 *Het gevoel van bewustzijn van activiteit*. "Als ik mijn arm beweeg, ben ik me bewust van mezelf".
- 3 *Een besef van eenheid*. "Ik weet dat ik één persoon ben".
- 4 *Bewustzijn van identiteit*. Er is continuïteit; "Ik ben altijd dezelfde persoon geweest".
- 5 *Bewustzijn van de grenzen van het zelf*. Ik kan onderscheiden wat *mezelf* is van de *buitenwereld*, en alles wat niet het zelf is... ³⁰.

Er is ook een relatie: uiteraard de relatie met God, maar ook de relatie met alle andere individuen. De psychiatrie leert ons dat mensen, patiënten, niet kunnen worden beschouwd alsof ze in een vacuüm leven, men moet rekening houden met het sociale milieu, in de ruimste zin van het woord.

Voortkomend uit de beperkingen van een sterk reductionistische psychiatrie is de neiging om affecten te "verdunnen" tot een paar zeer eenvoudige beschrijvingen: depressie, hyperactiviteit, angst, schuldgevoelens, enzovoort. De echte wereld is veel complexer, zowel in reikwijdte als in de combinatie van verschillende, soms tegenstrijdige, emoties. Voor de gelovige is er een enorm en zeer gevarieerd affectief element verbonden aan de geloofservaring. Dit betekent niet dat religieus geloof "alleen maar emotie" is, of dat gelovigen hun verstand niet kunnen gebruiken en het bewijs niet kunnen onderzoeken. Het affectieve aspect van geloof heeft ook een relationele kant; geloof impliceert betrokkenheid bij God en bij anderen.

Religieus geloof is vrijwillig - een daad van de wil, en gewilde handelingen. Cognitieve aanvaarding van geloofsprincipes met de affectieve aanname van geloof leidt tot individuele handelingen en een gedragscode die in overeenstemming is met die overtuigingen. Moraliteit is noodzakelijkerwijs gekoppeld aan activiteit.

Maar, zoals altijd, is wilskracht niet eenvoudig. Het conflict in het zelf wordt verschillend beschreven, maar universeel erkend. Paulus zei: *"Ik begrijp niet wat ik doe. Want wat ik wil doen, doe ik niet, maar wat ik haat, doe ik niet."*

²⁸ Jaspers K (1959) *Algemene psychopathologie* (vert. Hoenig J & Hamilton MW uit het Duits 7e Edn. 1963). Manchester: Manchester University Press.

²⁹ Scharfetter C (1981) Ego-psychopathologie: het concept en de empirische evaluatie ervan.

Psychologische geneeskunde 11, 273-80.

³⁰ **Sims A** (2003) *Symptoms in the Mind*, 3rd Edition, Edinburgh: Saunders.

doen.³¹ Augustinus was het weliswaar eens met Paulus, maar benadrukte de aard van de verdeelde wil in plaats van het verdeelde zelf. Cook heeft het dilemma van de wil onderzocht voor alcoholmisbruik en -verslaving, maar dit is ook van toepassing op andere gebieden die van belang zijn voor de psychiater.³² Hij beschrijft de verschillende modellen die zijn gebruikt om alcoholmisbruik te verklaren: sommigen stellen de alcoholist voor als het slachtoffer van zijn omgeving of zijn genen; anderen zien hem als de zwakke wilsagent van zijn eigen catastrofe. Cook wijst op de noodzaak van een tweede-orde-volutie: "om niet te willen drinken". Hij benadrukt dat het interne conflict ernstig is, met ernstige gevolgen, en dat verslaafden meer nodig hebben dan alleen hun eigen wilskracht. Bevrijding van de dodelijke gewoonte vereist genade, en genade komt voort uit de daad van het niet afwijzen. Dit is, zo u wilt, een theologisch model voor alcoholmisbruik, dat meer in het algemeen kan worden uitgebreid tot problemen van wilsbekwaamheid, die allemaal een moreel element hebben, en hoe daar praktisch mee om te gaan.

Conclusie

Ik begon met de vraag: is geloof een waanidee? Ik heb enige tijd gekeken naar wat waan precies is in de psychopathologie en vervolgens het religieuze geloof daaraan afgemeten. Ik concludeerde dat geloof op zichzelf geen waanidee is en kan zijn, hoewel mensen vaak waanideeën hebben met religieuze en spirituele inhoud. Ik behandelde kort diverse andere abnormale fenomenologische toestanden en stelde vast dat, hoewel mensen met een religieuze overtuiging deze wel kunnen ervaren, het geloof niet oorzakelijk is. Ik heb ook gekeken naar de aard van de persoonlijkheid om na te gaan of geloof kan worden opgevat als een product van een abnormale persoonlijkheid. Hoewel variaties in de persoonlijkheid van invloed zijn op de manifestatie en zelfbeleving van geloof, bestaat religieus geloof onafhankelijk van de persoonlijkheid. Ten slotte heb ik het fenomeen geloof onderzocht, waarbij ik de cognitieve, affectieve en volitionele aspecten ervan heb geobserveerd. Dit proces is uitgevoerd vanuit het perspectief van de beschrijvende psychopathologie.

© Andrew Sims 2007

Dit artikel is afkomstig uit een boek van de auteur met deze titel, dat in 2008 bij Continuum zal verschijnen.

³¹ **Romeinen 7:15** *De Heilige Bijbel*, Nieuwe Internationale Versie, Londen: Hodder & Stoughton.

³² **Cook CCH** (2006) *Alcohol, verslaving en christelijke ethiek*. Cambridge University Press.

Is Faith Delusion?

Professor Andrew Sims

It has been claimed that God is a delusion. I plan to examine that proposition from the standpoint of psychopathology. *Delusion* has now become a psychiatric word. Although in the past, the word delusion could refer to being fooled or cheated ¹, in modern speech it *always* implies a suspicion of psychiatric illness. It has been appropriated by psychiatry and invariably implies a psychiatric diagnosis. If I am deluded, then I am necessarily mentally ill. In English law, *delusion* has been *the* cardinal feature of insanity for the last 200 years ². It is a mitigating circumstance and can convey diminished responsibility. It is, therefore, within our professional competence as psychiatrists to say what is, and is not, delusion.

I have had the temerity to entitle this, 'Is faith delusion?' as if I could answer that question for all faiths and, therefore, know about all religions and philosophies. Of course, this is not so, but there is a dilemma here; the person who can state, objectively, 'religion is, or says...' , in doing so, puts himself outside religion, and all religion, each faith, can only be truly known from inside. I therefore hope that the disadvantage of not being able to speak for all religions is outweighed by knowing well the subjective experience of one type of believer.

Are all people with religious belief, a priori, suffering from mental illness? Sigmund Freud in 'Moses and Monotheism' stated that belief in a single God is *delusional* ³. His contemporary, William James, was somewhat more circumspect and considered that spiritual and psychotic experiences were broadly distinguishable ⁴.

In this paper, I intend to answer the question of my title from the standpoint of descriptive pathology. I will then discuss what other psychiatric symptoms or syndromes could be used to explain the presence of religious belief. If faith is not evidence of an Axis I psychiatric disorder ⁵, is it a feature of personality disorder or abnormality? Finally, I want to discuss what religious belief is phenomenologically.

¹ **Oxford English Dictionary**

² **West DJ & Walk A** (1977) *Daniel McNaughton: His Trial and the Aftermath*. Ashford: Headley Brothers.

³ **Freud S** (1937-9) *Moses and Monotheism, An Outline of Psycho-Analysis and Other Works*. Volume XXIII in The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Ed Strachey J. London: Hogarth Press.

⁴ **James, W.** (1997[1902]) *The Varieties of Religious Experience: A Study in Human Nature*. New York: Simon & Schuster.

⁵ **American Psychiatric Association** (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, DSM IV*. Washington: American Psychiatric Association.

The psychopathology of delusion

In order to answer the question of my title, I am going to review, briefly, the descriptive psychopathology of delusion and then consider how faith, or religious belief, fits in with this phenomenology. How do psychiatrists determine if something is delusional, or not? The study of individual *personal experience* is fundamental to psychiatry. *Descriptive psychopathology* is the precise description and categorization of abnormal experiences as recounted by the patient and observed in his behaviour ⁶. There are two components to this: careful and informed *observation* of the patient, and *phenomenology*, which implies, according to Karl Jaspers, the study of subjective experience ⁷. The descriptive psychopathologist is trying to hear what the patient is saying without any theoretical, literary or artistic gloss of interpretation, and without the mechanistic explanations of science used inappropriately.

In order to achieve understanding, phenomenology uses *empathy* as a precise clinical tool. In Jaspers' usage, *understanding* is contrasted with *explanation*. Understanding, in this sense, involves the use of empathy, subjective evaluation of experience by the 'understander' using his or her own qualities of observation as a human being: *feeling inside*. Explanation is the normal work of natural science involving the observation of phenomena from outside, and objective assessment. Both are required of the practicing doctor but whereas the method of observation in science is carefully and comprehensively taught, teaching the method of empathy to give subjective understanding is frequently neglected ⁸. Delusion is, in Jaspers' expression, ultimately ununderstandable, that is even putting oneself in that person's position and seeing the world from their point of view, one is still unable to understand how they could hold *that belief* with delusional intensity ⁹.

Psychopathology; the distinction between form and content

The patient is only concerned with the *content* of an experience: 'the nurses are stealing my money', whilst the doctor needs to be concerned with both form and content: 'is my patient's belief that people are stealing from her factual; a misinterpretation; delusion; or some other form?' *Content* reflects the predominant concerns of the patient, for example, a person whose life has centred on money, and fears of poverty, may believe that she is being robbed. The *form* indicates the type of abnormality of mental experience, and this leads to diagnosis. Thus it *does* matter whether this belief of the patient is a delusion, or not.

A man believed that he was 'at war with the Evil One', that everyone he met was either a friend or a foe, and that devils were talking about him, taunting him and commenting upon his thinking. The phenomenological form

⁶ **Sims A** (2003) *Symptoms in the Mind: An Introduction to Descriptive Psychopathology*. 3rd Edition, Edinburgh: Saunders.

⁷ **Jaspers K** (1959) *General Psychopathology*, 7th Edn (transl. Hoenig J and Hamilton MW, 1963). Manchester: Manchester University Press.

⁸ **Sims A C P** (1992) Symptoms and beliefs. *Journal of the Royal Society of Health*, 112, 1, 42-46.

⁹ **Jaspers K** (1959) *General Psychopathology*, page 305-7. (translated Hoenig J & Hamilton MW, 1963). Manchester: Manchester University Press.

categorizes subjective experience and reveals the psychiatric diagnosis; in this case the form was both a delusion, and an auditory hallucination in the third person *saying his own thoughts out aloud*. The latter would be considered to be a 'first rank symptom of schizophrenia'.¹⁰ The content is dictated by his cultural context, in his case, religious. He believes in a continuing conflict with a personal force of evil, and that this battle affects the whole of life; of course, this content would be shared by many Christians. So the form reveals the nature of the illness whilst the content arises from the social and cultural background. Only the study of the form can reveal whether a symptom, such as delusion, is present or not, and this can be explored by finding out how the notion is experienced by this individual.

Definition of delusion

*A delusion is a false, unshakeable idea or belief, which is out of keeping with the patient's educational, cultural and social background; it is held with extraordinary conviction and subjective certainty*¹¹. In practice, definition is the imposition by the doctor of his interpretation of the patient's subjective symptom and is rather unsatisfactory. Delusion is experienced as an ordinary *notion* or *assumption* rather than a *belief*, for example, 'it is my belief that Susie broke the champagne glass', not 'I believe...' as a credal statement.

A delusion is held on *delusional grounds*. A man knew, with absolute certainty, that his wife was being unfaithful to him. Subsequently, it transpired that she *was* being unfaithful at that time. However, this was still a delusion because the reason for his certainty was: 'When I came out of the house and passed the fifth lamp post on the right, it had gone out. Then, I knew, with certainty, that she was unfaithful.' Technically, this would be described as a delusional percept: a normal perception (the light gone out) with a delusional interpretation (that certainly means that she is unfaithful).

Delusions are held without insight

If someone wonders if they are deluded or not, they almost certainly are not. A Christian colleague, after a long silence, said, 'I suppose the difference between delusion and faith is that delusion is held without any doubt, but religious belief is held with some doubts, or at least an understanding that others could have doubts.' This is reminiscent of the father of the epileptic boy who was healed by Jesus: 'I do believe; help me overcome my unbelief!'¹² Whereas delusions command rock like certainty to the deluded, believers only require a minute amount of belief – like a grain of mustard seed - as a foundation for their faith¹³.

¹⁰ **Schneider K** (1957) Primary and secondary symptoms in schizophrenia. *Fortschrift für Neurologie und Psychiatrie*, 25, 487-490, translated by Marshall H, in **Hirsch S & Shepherd M** (1974) *Themes and Variations in European Psychiatry: An Anthology*, Bristol: John Wright & Sons.

¹¹ **Sims A** (2003) *Symptoms in the Mind: An Introduction to Descriptive Psychopathology*. 3rd Edition, Edinburgh: Saunders.

¹² **Mark 9: 24**. Holy Bible, New International Version. London: Hodder & Stoughton.

¹³ **Luke 17: 6** Holy Bible, New International Version. London: Hodder & Stoughton.

Concrete thinking

Those with religious beliefs accept that some of their expressions are spiritual and not to be acted on literally, for example, 'giving your heart to the Lord Jesus'. In some serious mental illnesses there are abnormal processes of thinking resulting in a literalness of expression and understanding. Abstractions and symbols are interpreted superficially without tact, finesse or any awareness of nuance: the patient is unable to free himself from what the words literally mean, excluding the more abstract ideas that are also conveyed. This abnormality is described as *concrete thinking* and delusions are *concrete*. I have known of patients who interpreted literally, that is concretely, the scriptural injunction, 'if your eye ... your hand...offend...cut it off.' Concreteness is useful in making the psychopathological distinction between the disturbed thinking of the patient with schizophrenia and the description of internal experience of a person with strong religious beliefs ¹⁴.

Summarizing delusion

Is faith a delusion? Although, not infrequently, the content of delusions is religious, faith, of itself, is *not* a delusion. This is true even for minority and socially disapproved beliefs. For some cults, abnormal psychological processes may be frequent but these are not delusions for the following reasons:

1. They do not fulfil the criteria for definition of delusion - it is not '*out of keeping with the patient's cultural and social background*'.
2. They are not held on demonstrably delusional grounds.
3. Religious beliefs are spiritual, abstract, not concrete – 'God within me' is not experienced as a tactile sensation.
4. Religious beliefs are held with insight - it is understood that others may not share their beliefs.
5. For religious people, bizarre thoughts and actions do not occur in other areas of life, not connected with religion.
6. Religious ideas and predominant thinking is a description of content. Religious delusions occur in a person whose predominant thinking is religious. *Faith* is part of their personhood; *delusion* arises from psychiatric disorder. A person with religious belief may have a delusion but only if they have a concurrent psychiatric illness.

Can other psychiatric symptoms explain the presence of religious belief?

If religious faith is not delusional, is it, *per se*, a manifestation of any other psychiatric symptom or syndrome? The following are contenders for that honour:

1. Shared or communicated delusion
2. Overvalued idea
3. Culturally held shared belief

¹⁴ **Sims A** (2003) *Symptoms in the Mind: An Introduction to Descriptive Psychopathology*. 3rd Edition, Edinburgh: Saunders.

4. Paranoid idea of reference
5. Abnormal mood state - Anxiety disorder
 Affective disorder – depression or elation
 Depersonalisation
6. Pathological perception - Hallucination – ‘hearing’ the voice of God.
7. Disorder of volition – locus of control.

Shared and communicated delusion

This condition is designated in the International Classification *induced delusional disorder* ¹⁵. This occurs when a delusion is shared by two or more people; it used to be called folie à deux, à trois etc. It is not similar to religious belief. In a case report describing folie à quatre, the patient who was initially seen believed that a large industrial concern had put ‘bugging’ devices in the walls of his brother’s house ¹⁶. He claimed that employees of the firm had been following him everywhere and interfering with his own house. His wife, the protagonist who showed ‘communicated delusion’, believed this story initially and produced supposedly corroborative evidence. A year later, following his in-patient treatment, she no longer accepted the plot and believed her husband to be mentally ill. She was a very anxious person. When the patient’s brother was visited at home, it was found that he, and the sister who lived with him, both believed in the plot and were both currently receiving treatment for a schizophrenic illness.

Overvalued idea

This is a solitary, abnormal belief that is neither delusional nor obsessional in nature, but which is preoccupying to the extent of dominating the sufferer’s life ¹⁷. It is usually associated with abnormal personality. A highly abnormal religious belief could sometimes be regarded as an overvalued idea. For example, an individual repeatedly desecrated churches because he believed they displayed images of which he disapproved.

Culturally held shared belief

It was difficult to recruit nurses to work in the psychiatric hospital in Lusaka, Zambia because most trainee nurses shared the belief that you can ‘catch’ mental illness from the patients. Clearly, beliefs shared by members of a religious minority would also fit into this category. However, DSM IV states that a delusion ‘is not an article of religious faith.’¹⁸

Paranoid idea of self-reference

A doctor from the middle-east belonged to a small, persecuted Christian group. He came, after being tortured at home, as a refugee to

¹⁵ **World Health Organization** (1992) *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*, page 104. Geneva: World Health Organization.

¹⁶ **Sims ACP, Salmons PH & Humphreys P** (1977) Folie à quatre. *British Journal of Psychiatry* 130: 134-8.

¹⁷ **McKenna PJ** (1984) Disorders with overvalued ideas. *British Journal of Psychiatry* 145, 579–85.

¹⁸ **American Psychiatric Association** (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th Edn, page 765. Washington DC: American Psychiatric Association.

Britain. He learnt English and re-qualified. He said that one of his teachers had described himself as 'anti-Christ' and, on another occasion he thought that a Jehovah's Witness who visited him at home must be involved in a plot against him personally because he spoke Arabic. The Occupational Health Physician wondered if he was fit to practice and asked a psychiatrist to examine him. His ideas were not delusional, but, because of his previous experiences, he interpreted many harmless circumstances as threats directed at him personally.

Abnormal mood state

This might include anxiety disorders, affective disorders – either depression or elation and depersonalisation. Does religious faith *cause*, for example, anxiety, depression, mania, and so on? This topic would merit further discussion, but, in brief, this is where we might apply the distinction between form and content. A keen member of an active church who met with other church members 3 or 4 times a week became depressed; she had prominent religious notions in her depressive symptomatology. A young monk who became manic said that God had given him special powers to know what people were really thinking. Religion has not *caused* depression or mania, but when the mental illness has occurred, the content has been religious in nature. In general, those with religious faith have a better outcome from psychiatric disorder ¹⁹. It has been claimed, although not based on epidemiological studies, that there are negative effects of religion on depression when there is emphasis on original sin ²⁰.

Pathological perception

This has been excellently covered by Dein ²¹. We have to thank Professor Romme for reminding us that hearing voices does not necessarily imply mental illness, and certainly not schizophrenia ²². The Old Testament prophets, St Paul and many people today speak of 'hearing the voice of God'. Are all these describing hallucination: perception without an object? ²³ No, this voice is not experienced as something outside self, neither as a sensation that another person might hear. Quite often it has an 'as if' quality. The subject describes it as spiritual, abstract and not concrete, physical.

Disorder of volition – loss of control

Has the person with religious belief lost his capacity for independent action, believing himself to be completely controlled by God from above, like a puppet on a string? There is evidence that those with religious belief are more

¹⁹ Koenig HG, McCullough ME & Larson DB (2001) *Handbook of Religion and Health*. Oxford University Press.

²⁰ Branden N (1994) *The Six Pillars of Self-Esteem*. New York: Bantam.

²¹ Dein S (2008) Hearing the voice of God. *Newsletter of the Spirituality and Psychiatry Special Interest Group*.

²² Romme M & Escher S

²³ Esquirol JED (1817) Hallucinations, reprinted in *Des Maladies mentales* 1938. Paris: Baillière.

likely to experience *internal locus of control*, and this is associated with better functioning²⁴.

What I have described are unusual mental states, and some of them are pathological. All of them can be associated with religious belief, but that is not the same as claiming that religion, per se, *is* or *causes* psychiatric disorder. Faith is not delusional, neither does it cause, of itself, any other psychiatric condition or symptom. I have reviewed just these seven phenomena: shared or communicated delusion, overvalued idea, culturally held shared belief, paranoid idea of reference, abnormal mood state of anxiety, depression, elation or depersonalisation, pathological perception, and disorder of volition. We have seen how each of these can be associated with religious belief and practice in a person for whom faith is important. We have not found any *causal link* between religion and psychopathology.

Personality abnormality and disorder

If we make the distinction in DSM IV between Clinical Disorders (Axis I) and personality disorder (Axis II), as faith is not a clinical disorder, is it a feature of personality disorder? If religious belief is not a symptom of formal psychiatric disorder, is it evidence of disturbed personality? Some psychiatrists in the past would imply that this was so, for example, Mayer-Gross, Slater, and Roth in the 1960s stated that religion is for 'the hesitant, the guilt-ridden, the excessively timid, those lacking clear convictions with which to face life'²⁵.

In fact, the situation is very similar to that applying to mental illness and religion: the manifestation and expression of religious belief, even the religious group to which one has allegiance, is substantially affected by personality structure but the belief itself, or even this individual holding that belief, is not caused by, or a feature of, personality abnormality or disorder.

The beliefs themselves, and that an individual should have religious belief, is not *caused* by personality factors. However, the manifestation of belief, the subjective experience of faith and the particular regime of practice is very much influenced by the personality. Martinez, a Spanish psychiatrist, has elaborated on this, using Jungian personality typology, for prayer²⁶. 'One of the most beautiful things we find in God's creation is variety. The main reason for understanding the way we are, our temperament and personality, is not to make us feel better but to make real improvements in our relationships, both with God and with our brothers and sisters.'

It would be worth devoting a whole conference to personality and its disorders. These six questions could profitably be discussed:

²⁴ **Jackson LE & Coursey RD** (1988) The relationship of God control and internal locus of control to intrinsic religious motivation, coping and purpose in life. *Journal for the Scientific Study of Religion* 27, 399-410.

²⁵ **Mayer-Gross W, Slater E & Roth M** (1954, 1960 & 1969) *Clinical Psychiatry*. 1st, 2nd and 3rd Editions. London: Baillière, Tindall & Cassell.

²⁶ **Martinez P** (2001) *Prayer Life: How Your Personality Affects the Way You Pray*, pages 3- 30, Milton Keynes: Spring Harvest Publishing.

1. Why do some people find spiritual life and the whole of life, so difficult whilst others appear to cruise through, finding everything easy?
2. Is not the distribution of personality, and other innate endowments, unfair?
3. Definitions of personality include such words as persistent, long-standing. How can we have a model for personality that allows for change?
4. If what we do is determined by our constitution, an innate tendency, why do we hold people responsible for antisocial behaviour?
5. How should we classify persistent moral badness – is it a psychiatric condition?
6. Is there an essential discontinuity between those with personality disorder and those with 'normal personality'?

Unfortunately, this intriguing subject has to be abandoned. Individual personality, abnormality of personality and personality disorder are clearly relevant for spiritual experience but the relationship is complex. It is helpful to be aware of personality characteristics for religious believers and those they come into contact with. It will affect many aspects of their religious belief and practice. It would be a nonsense, however, to stand this important statement on its head and claim that religious belief is 'nothing but' the expression of a disordered personality.

We have considered whether faith is a psychiatric symptom or evidence of disturbed personality and concluded that it is not. In fact, the epidemiological evidence is that there is an association between religious belief and practice and good or better mental health. The massive *Handbook of Religion and Health*, by Koenig et al., surveys 1200 studies and 400 reviews and concludes: 'In the majority of studies, religious involvement is correlated with well-being, happiness and life satisfaction; hope and optimism; purpose and meaning in life; higher self-esteem; better adaptation to bereavement; greater social support and less loneliness; lower rates of depression and faster recovery from depression; lower rates of suicide and fewer positive attitudes towards suicide; less anxiety; less psychosis and fewer psychotic tendencies; lower rates of alcohol and drug use and abuse; less delinquency and criminal activity; greater marital stability and satisfaction

²⁷.

What is faith phenomenologically?

I have here set myself a question I cannot possibly answer! Faith is not psychopathological; there is no evidence of mental illness affecting all believers. What is the nature of the subjective experience? Obviously, it is very different for different people at different times.

I am going to look at this with the tunnel vision of the psychiatrist and the blinkers of the descriptive psychopathologist. I shall not consider at all the rich vein of mystical, artistic and theological writing on the subject. We will, very prosaically, only consider cognitive, affective and volitional aspects. The word *belief* is, of course, cognitive. The religious cognitions of many believers

²⁷ Koenig HG, McCullough ME & Larson DB (2001) *Handbook of Religion and Health*. Oxford University Press.

have often been summarized in creedal statements: 'I believe in God...' This is fine for establishing uniformity, but, in practice, each person will interpret the unadorned words in their own individual way. They will also, without thinking further, associate the solely cognitive side with affective and volitional aspects: 'My belief in God gives me a *feeling* of belonging'; 'Belief in God affects what I do, it gives me a *code of behaviour*'.

Each aspect has implications for *self experience* and *relationships*. Saying to myself, inside my mind, the phrase 'I believe in God' establishes and defines what I know about myself in terms of the five formal characteristics of self according to Jaspers²⁸ and Scharfetter²⁹:

- 1 *The feeling of awareness of being or existing*. 'I know that I exist'.
- 2 *The feeling of awareness of activity*. 'When I move my arm, I am aware of myself'.
- 3 *An awareness of unity*. 'I know that I am one person'.
- 4 *Awareness of identity*. There is continuity; 'I have been the same person all the time'.
- 5 *Awareness of the boundaries of self*. I can distinguish what is *myself* from the *outside world*, and all that is not the self³⁰.

There is also a bearing on relationships: obviously the relationship with God, but also relationships with all other individuals. Psychiatry teaches us that people, patients, cannot be considered as if living in a vacuum, one must take the social milieu, in its widest sense, into account.

Arising from the limitations of a highly reductionist psychiatry is the tendency to 'boil down' affect into a few very simple descriptions: depression, hyperactivity, anxiety, guilt feelings, and so on. The real world is much more complex, both in range and in the combination of different, sometimes conflicting, emotions. For the religious believer there is a massive and very varied affective element associated with the experience of faith. This does not mean that religious belief 'is just emotion', or that believers cannot exercise their minds and examine the evidence. The affective aspect of faith also has a relational side; belief implies involvement with God and with others.

Religious belief is volitional – an act of will, and willing actions. Cognitive acceptance of creedal premises with the affective assumption of faith leads to individual actions and a code of behaviour consonant with those beliefs. Morality is necessarily linked to activity.

However, as always, volition is not straightforward. The conflict within the self is variously described but universally recognised. St Paul put it: '*I do not understand what I do. For what I want to do I do not do, but what I hate I*

²⁸ **Jaspers K** (1959) *General Psychopathology* (transl. Hoenig J & Hamilton MW from the German 7th Edn. 1963). Manchester: Manchester University Press.

²⁹ **Scharfetter C** (1981) Ego-psychopathology: the concept and its empirical evaluation. *Psychological Medicine* 11, 273–80.

³⁰ **Sims A** (2003) *Symptoms in the Mind*, 3rd Edition, Edinburgh: Saunders.

do.’³¹ St Augustine, whilst agreeing with Paul, stressed the nature of the divided will rather than the divided self. Cook has examined the dilemma of the will for alcohol abuse and addiction, but this is applicable for other areas of relevance for the psychiatrist³². He describes the different models that have been used to explain alcohol abuse: some propose the alcoholic as the victim of his environment or his genes; some have him as the weak-willed agent of his own catastrophe. Cook points out the need for a second order volition: ‘to want not to want to drink’. He stresses that the internal conflict is serious, with dire consequences, and that addicts need more than just their own will power. Relief from the lethal habit requires grace, and grace comes from the act of not rejecting it. This, if you like, is a theological model for alcohol abuse, that can be extended more generally to problems of volition, all of which have a moral element, and how to deal with them practically.

Conclusion

I started with the question, is faith delusion? I spent some time looking at precisely what delusion is in psychopathology and then measuring religious faith against it. I concluded that faith, of itself, is not and cannot be delusion, although people frequently have delusions that include religious and spiritual content. I covered briefly various other abnormal phenomenological states and found that, although those with religious belief may well experience them, faith was not causative. I also looked at the nature of personality to assess whether faith could be construed as a product of abnormal personality. Although variations of personality affect the manifestation and self-experience of belief, religious faith exists independent of personality. Finally, I examined the phenomenon of faith, observing its cognitive, affective and volitional aspects. This process has been carried out from the perspective of descriptive psychopathology.

© Andrew Sims 2007

This paper is taken from a book, with this title, by the author, to be published by Continuum in 2008.

³¹ **Romans 7:15** *The Holy Bible*, New International Version, London: Hodder & Stoughton.

³² **Cook CCH** (2006) *Alcohol, Addiction and Christian Ethics*. Cambridge University Press.